|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ZGŁOSZENIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW)z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków  |  |
| Grupa ubezpieczenia: [ ]  **NW 60** [ ]  **NW 66** Nr polisy: ……………………………………………………….Kod jednostki PZU S.A. ………………………………………Nr sprawy PZU S.A. …………………………………………. |  | Ubezpieczający: |

|  |  |
| --- | --- |
| Jeżeli zgłoszenie roszczenia dotyczy obrażeń ciała, prosimy podać czy ubezpieczony jest uprawniony do występowania z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia w PZU S.A. lub PZU ŻYCIE S.A., jeżeli tak, proszę podać numer polisy i nazwę jednostki? 1) | [ ] TAK [ ] NIE |
| PZU S.A.:/PZU ŻYCIE SA Nr polisy: ............................................... Nazwa jednostki: ........................................................................................ |
| Czy wypadek został już zgłoszony [[1]](#footnote-2) [ ]  TAK [ ]  NIE; jeśli tak proszę podać nazwę jednostki PZU S.A. lub PZU ŻYCIE SA?......................................................................................................................................................................................................... |
|  |
| DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO |

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko ubezpieczonego: |
| Data urodzenia : | PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość ( seria i numer, kiedy i kto wystawił) |
| Adres stałego zameldowania (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): |
| Adres do korespondencji (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): |
| Numer telefonu kontaktowego: | e-mail |
| DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA *(należy wypełnić w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni ubezpieczony lub w przypadku zgonu ubezpieczonego)*  |
| Imię i nazwisko: |
| Data urodzenia : | PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość ( seria i numer, kiedy i kto wystawił) |
| Adres stałego zameldowania (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): |
| Adres do korespondencji (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): |
| Numer telefonu kontaktowego: | e-mail |

|  |
| --- |
| INFORMACJE O ZDARZENIU |
| OPIS ZDARZENIA : Data zdarzenia..............................godz................ Miejsce zdarzenia (miejscowość, ulica).......................................................................Szczegółowy opis przyczyny, okoliczności i przebiegu zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco) |

|  |
| --- |
| POWIADOMIENIE POLICJI :1. Data i godzina powiadomienia policji o zdarzeniu , ..................................................................................................................................................................................

Nazwa i adres jednostki policji ...............................................................................................................................................................................1. Czy w chwili wypadku ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości albo po użyciu narkotyków ? [ ]  Tak [ ]  Nie
2. Numer karty rowerowej /motorowerowej/prawa jazdy ……………………………………………………………………………

POMOC MEDYCZNA* 1. Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku? ………………..…………….................................
	2. Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczył się po wypadku: ………………………………………………….……… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	3. Czy narząd(y) opisywany w punkcie „Opis zdarzenia” był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia [ ]  TAK

 [ ]  Nie* 1. Czy leczenie zostało zakończone(z uwzględnieniem rehabilitacji 1) [ ]  TAK [ ]  NIE data zakończenia leczenia: ……………………
 |
| WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY |
| Oświadczam, że ubezpieczony jest objęty zbiorowym ubezpieczeniem NW na podstawie polisy Nr ………………………………………………. pod poz. Wykazu imiennego ………………. Według wariantu ………………… na sumę ubezpieczenia ………………………………………….................................................................................... …………............................................................. (miejscowość, data) (podpis ubezpieczającego – pracownik potwierdz ubezp. ) |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIKI 1) |
| [ ]  dokument tożsamości do wglądu[ ]  dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu[ ]  dokumentacja z leczenia (karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, historia choroby z przychodni itp.)[ ]  inne (proszę wymienić jakie): ................................................................................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| SPOSÓB WYPŁATY  |
| **Należne odszkodowanie/świadczenie[[2]](#footnote-3)1 :** [ ]  proszę przesłać przekazem pocztowym |
| [ ]  proszę przelać na konto w banku ................................................................... Oddział ......................................................................................... nazwa rachunku ................................................................ numer rachunku ....................................................................................................... |

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIE |
|  Nazwisko ubezpieczonego:……………………………………………. Imię ubezpieczonego ………………………..1. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU S.A. i/lub PZU Życie SA upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, oraz lekarzy do udzielenia PZU S.A. i/lub PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU S.A. i/lub PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.
2. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU S.A .i/lub PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania danych jest realizacja umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnianie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA.1. W PZU SA sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia

Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o świadczenie z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. .................................................................................... ........................................................................... (miejscowość, data) (podpis ubezpieczonego/uprawnionego)................................................................................................. (data i podpis upoważnionego pracownika PZU S.A.) |

1. właściwe proszę zaznaczyć literą „X”, [↑](#footnote-ref-2)
2. 1 właściwe proszę zaznaczyć literą „X”, [↑](#footnote-ref-3)